



# Bureau of TennCare

## Permiso para divulgar Información Médica Amparada (IMA)

**Después de llenar y firmar este papel, envíelo a:** TennCare Privacy Officer  
 P.O. Box 20007  
 Nashville, TN 37202  
 Phone: 1-877-778-3698  
 Fax: 1-615-248-2928

### 1. ¿Quién es el paciente?

Apellido		Nombre		Inicial	
No. de ID (SSN)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		No. de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal

Marque una:

- Yo soy el paciente O
- Yo tengo el derecho legal de actuar en nombre de esta persona. (Marque una a continuación; si marca "otro" especifique)  
 Yo soy su:  Madre/padre O  Tutor U  Otra relación \_\_\_\_\_

**Solamente** TennCare o sus proveedores de TennCare pueden **divulgar** su información de salud.

### 2. ¿A quién le pueden dar mi información médica?

Nombre (como miembros de familia que viven conmigo o el local de un negocio)		No. de teléfono con código de área
Dirección	Ciudad, Estado y Código postal	

### 3. ¿Cuál información médica podemos divulgar?

**Solamente** divulgaremos la información médica que usted **autorice**. Díganos cuál información médica de sus expedientes podemos divulgar. Si es posible, indique la fecha o el lugar.

Información médica	Fecha en que me prestaron el servicio	Nombre del lugar que me prestó el servicio

Si nos **autoriza** para divulgar este tipo de información médica, marque la casilla correspondiente.

- VIH/SIDA       Expedientes sobre alcoholismo/drogadicción       Abuso sexual/físico/mental
- Expedientes psiquiátricos       Otro tipo de información

Esta **autorización** incluye medicina que usted toma ahora o que haya tomado para lo que se refiere la información médica que dice que podemos divulgar. Y además incluye información de su expediente sobre su salud y/o su tratamiento por alcoholismo y drogadicción. No incluye observaciones de psicoterapia que no están en sus expedientes médicos.

### 4. ¿Por qué está divulgando esta información médica?

¿Es para obtener tratamiento, o para el tribunal o para el trabajo? ¿O está pidiendo que estos expedientes le sean enviados a usted directamente para su uso propio? \_\_\_\_\_

## 5. ¿Cuándo vence mi autorización?

Su **autorización** vence cuando usted nos diga que vence. Pero esta **autorización** no puede durar más de 1 año.

**Díganos cuándo.**  Mi **autorización** termina en esta fecha \_\_\_\_\_ **O**

Mi **autorización** termina cuando esto ocurra: \_\_\_\_\_

(Puede ser algo como “pueden divulgar mis expedientes médicos sólo esta vez”.)

¿Qué ocurriría si no nos dice cuándo quiere que venza su **autorización**? Entonces daremos por terminada su **autorización** en un año a partir de la fecha en que la firme. Después de un año, necesitaremos una nueva **autorización**.

## 6. Sus derechos e información importante

- Usted decide si quiere darnos su **autorización**. Usted no tiene que divulgar su información médica.
- Usted no tiene que **autorizar** este papel. Usted seguirá recibiendo beneficios y tratamiento.
- Usted puede retirar su **autorización**. Nos tiene que informar por escrito.  
Envíe su información a TennCare Privacy Officer, P.O. Box 20007, Nashville TN 37202.
- ¿Qué ocurriría si retira su **autorización**? No corresponderá a la información médica que ya divulgamos. Pero, **no** divulgaremos ninguna otra información médica sobre usted.
- Si divulgamos su información médica con la gente o agencias que usted nombró, es posible que ellos le divulguen esa información a otras personas. No todos tienen que seguir las reglas de privacidad.

Usted tiene derecho a recibir una copia esta **autorización** firmada. Si necesita otra copia, llame a TennCare Privacy Office al **1-866-797-9469**. Podemos cobrar lo que la ley permite por las copias.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda con este papel? Llame gratis al Centro de Servicio para Asistencia Familiar al **1-866-311-4290**. Ellos le pueden ayudar de lunes a viernes de las 7 a.m. a las 5:30 p.m.

## 7. Firma del paciente

Doy mi **autorización** para que divulguen la información indicada en este papel. Este papel puede ser un original o una copia.

**Firme aquí:**

\_\_\_\_\_  
Firma o marca (“X”) del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

( )

\_\_\_\_\_  
Si firmó “X”, díganos el nombre de la persona que le ayudó.

\_\_\_\_\_  
No. de teléfono de la persona que ayudó

\_\_\_\_\_  
Calle, Ciudad, Estado, Código postal de la persona que ayudó

## 8. Firma del representante autorizado (si tiene uno)

**Representante autorizado** significa que tiene un comprobante legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma en nombre de un paciente que no puede firmar legalmente por su cuenta. Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres o tutor debe firmar en su nombre.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que firma en nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

( )  
\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Calle, Ciudad, Estado, Código postal

**AVISO A TODO DESTINATARIO QUE NO SEA EL PACIENTE** Le estamos divulgando esta información a partir de expedientes médicos cuya confidencialidad podría estar amparada por leyes federales y/o estatales. Si los expedientes están protegidos por reglamentos federales sobre la confidencialidad de expedientes de alcoholismo y drogadicción (42 CFR parte 2), se le prohíbe divulgar esta información a terceros a menos que el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece lo permita explícitamente o hasta la extensión permitida por 42 CFR Parte 2. Una autorización general de divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este fin. Las leyes federales restringen cualquier uso de la información para la investigación criminal o para enjuiciar a un paciente alcohólico o drogadicto.

